Aus dem städtischen Krankenhaus
Königshütte OS.
Leiter: Dr. Kissinger.

Zur Pathologie u. Therapie der akuten Osteomyelitis.

Auszug
aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
bei der medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Vorgelegt von

Max Weissler
Assistenzarzt am Städtischen Krankenhaus Königshütte OS.

1923.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen
Fakultät der Universität Breslau.
Berichterstatter: Geh. Rat, Prof. Dr. Küttner.

Ueber das Wesen der akuten Osteomyelitis bestehen zwei verschiedene Anschauungen, die ihrerseits wieder eine verschiedenartige Behandlungsweise bedingen. Nach Ansicht der meisten Autoren entsteht der Knochensequester dadurch, dass infolge der Markphlegmone und des Durchbruchs des Eiters nach aussen der Knochen vom Periost entblösst und dadurch nekrotisch wird. Aus neueren Untersuchungen, vor allem von Ritter, Rost u. a. scheint hervorzugehen, dass die Nekrose des Knochens nicht sekundär, sondern primär entsteht, indem nämlich durch embolische Verstopfung einer Knochenarterie, das zugehörige Gewebe in seiner Ernährung gestört wird und der Nekrose verfällt. Besonders würden dafür sprechen die rasche Ausbildung des Sequesters sowie die Tatsache, dass die Ausdehnung der Nekrose nicht immer derjenigen der Markphlegmone entspricht. In vielen Fällen soll bei frühzeitiger Operation überhaupt keine Markphlegmone gefunden worden sein. Ausserdem scheint die gleichmässige Ausbildung des Sequesters zugunsten dieser Ansicht zu sprechen. Für die Beurteilung der ganzen Frage ist die Kenntnis der Blutverteilung im Knochen besonders wichtig. Die Untersuchungen von Lexer über diesen Punkt sprechen zum mindesten nicht gegen die Auffassung Ritters.

Die Behandlung der akuten Osteomyelitis ist entsprechend den beiden Ansichten über das Wesen der Krankheit ebenfalls nicht einheitlich. Während die Schule Lexers für eine möglichst frühzeitig und radikale Eröffnung des Knochens eintritt, beschränkt sich Ritter darauf, eine Incision bis auf den Knochen zu machen, um dem Eiter Abfluss zu verschaffen, da ja die Ausbildung des Sequesters nach dieser Ansicht überhaupt nicht verhindert werden kann. Die Sequestrotomie wird einer späteren Sitzung überlassen.

Beide Methoden sind statistisch geprüft, doch scheint Ritter bessere Erfolge erzielt zu haben. Auch aus dem hiesigen Krankenhause wird über zwei Fälle berichtet, wobei mit der blossen Incision günstige Resultate erreicht wurden. Das Ausschlaggebende dürfte

wohl eine möglichst individualisierende Behandlung sein. Wenn nämlich das Knochenmark inficiert ist, einerlei ob von innen oder von aussen, wie Ritter das in manchen Fällen annimmt, dann kommt wohl nur die Eröffnung des Knochens in Betracht. Sind jedoch die Symptome für ein Befallensein des Marks nicht deutlich ausgeprägt, dann dürfte die Trepanation unter Umständen erst zu einer Sekundärinfektion des Knochenmarks führen, eine Möglichkeit, die in der Literatur auch bereits erwähnt ist.